

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE MEDICINA HUMANA

**Correlación clínico patológico de la hemorragia
uterina anormal postmenopáusica en el Servicio de
Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza:**

Lima, 1 enero-31 diciembre 2009

TESIS

para obtener el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Carlos Alberto Coronel Longinote

ASESOR

Alex Guibovich Mesinas

Lima-Perú

2010

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I: DATOS GENERALES	
Titulo.....	4
Área de investigación.....	4
Tipo de investigación.....	4
Autor responsable del estudio.....	4
Asesor.....	4
Institución.....	4
Entidades o personas con las que se coordinó el proyecto.....	4
Resumen.....	5
CAPÍTULO II: EL PROBLEMA	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	6
B. Formulación del Problema.....	8
C. Justificación.....	8
D. Objetivos.....	10
E. Propósito.....	11
F. Marco Teórico.....	11
G. Hipótesis.....	17
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo de estudio.....	18
B. Diseño de investigación	18
C. Sede de estudio.....	18
D. Población y/o Muestra.....	18
E. Operacionalización de variables.....	20
F. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos (Validez y confiabilidad)	23

	Pág.
G. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos.....	23
H. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	24
I. Consideraciones Éticas.....	24
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	 25
 CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	 28
 CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	 31
 CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES.....	 32
 CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 33
 CAPÍTULO IX: ANEXOS	
Definición de términos.....	37
Instrumentos de recolección de datos.....	40
Tablas y gráficos.....	42

CAPÍTULO I

DATOS GENERALES

1.1 Título:

“Correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, 1 enero-31 diciembre 2009.”

1.2 Área de investigación:

Cirugía: GINECO-OBSTETRICIA

1.3 Tipo de investigación:

Epidemiología clínica

1.4 Autor:

Carlos Alberto Coronel Longinote.

1.5 Asesor:

Dr. Alex Guibovich Mesinas.

Médico Gineco-obstetra del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Profesor asociado de la UNMSM

1.6 Institución:

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Av. Alfonso Ugarte 848 Lima – Perú

1.7 Entidades o personas con las que se coordinó el proyecto:

- Jefatura de Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

**CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA UTERINA
ANORMAL POSTMENOPÁUSICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. LIMA, 1 ENERO-31
DICIEMBRE 2009**

Autor: Carlos Alberto Coronel Lingote.

Resumen:

Objetivo: Determinar el grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del hospital nacional arzobispo Loayza en el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, correlacional, que se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el período comprendido del 1º de enero al 31 diciembre del 2009. Se incluyó 122 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: Pacientes con sangrado vía vaginal que ocurre después de 12 meses de ocurrida la menopausia, ausencia de terapia hormonal de reemplazo por al menos seis meses, resultado anatomopatológico ya sea por biopsia con cureta, legrado uterino o estudio de pieza quirúrgica. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de la historia clínica, utilizando el formato de nota de ingreso de hospitalización adaptado para el estudio, donde se consigna toda la información requerida para el estudio, y en el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18.

Resultados: La edad promedio 54,5 +/-6,6 años, el nivel de instrucción con mayor porcentaje fue secundaria 30,3%; el lugar de procedencia más frecuente urbano 91%; el promedio de índice de masa corporal fue de 28 Kg/m², El 77% presentó sobrepeso/obesidad y el 84,4% de las pacientes fueron multíparas. Se encontró que la enfermedad médica asociada más frecuente fue la hipertensión arterial 52.9%; El diagnóstico clínico presuntivo más frecuente la miomatosis uterina 46.7%. El 30,3% tuvo como diagnóstico anatomopatológico de pólipo endometrial, el 27,8% de miomatosis uterina, el 13,9% de hiperplasia endometrial sin atipia, el 12,2% de endometrio atrófico, el 8,1% miomatosis uterina y pólipo endometrial, el 3,2% cáncer de endometrio, el 2,4% cáncer de cervix, y el 1,6% de endometrio proliferativo. Se determinó la correlación positiva entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico, correlación de Spearman (valor: 0.29; p: 0.001)

Conclusiones: Existe una correlación clínico-patológica positiva, la enfermedad médica asociada más frecuente es la hipertensión arterial. El mayor porcentaje de las pacientes estudiadas presentaron sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: Hemorragia uterina anormal postmenopáusica, diagnóstico anatomopatológico, correlación.

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La hemorragia uterina anormal postmenopáusica es un problema ginecológico frecuente referido en la consulta externa y áreas de hospitalización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Aproximadamente el 90% de mujeres con carcinoma endometrial reportan sangrado vaginal como único síntoma (1). La progresión de la hiperplasia endometrial se asocia con sangrado uterino (2).

El cáncer de endometrio se presenta entre el 5 - 15% de las mujeres con hemorragia uterina anormal postmenopáusica (3). El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica mas frecuente en países desarrollados y en el Perú ocupa el tercer lugar de las neoplasias malignas pélvicas (4).

Tradicionalmente la dilatación y curetaje ha sido usada como método de elección para la obtención de muestra endometrial (5), y es la que se utiliza con bastante frecuencia en consultorio externo y hospitalización del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Actualmente la dilatación y curetaje es considerado el método estándar para la obtención de tejido endometrial para la evaluación histológica en pacientes con sangrado posmenopáusico (6). La biopsia endometrial por curetaje al ser un procedimiento a ciegas puede tener biopsias no representativas con fallas en el diagnóstico que pueden variar entre 10-25% (7).

Se observa con frecuencia que pacientes que ingresan con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal postmenopáusica por probable miomatosis uterina, en el resultado anatomopatológico no se corrobora tal diagnóstico. Esto debido a error durante la evaluación clínica, o el estudio ultrasonográfico.

El presente trabajo esta dirigido a determinar el grado de correlación que existe entre diagnóstico clínico presuntivo y el diagnóstico definitivo mediante

estudio anatomopatológico, de pacientes mujeres que ingresan con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal postmenopáusica. Las probables entidades específicas son atrofia endometrial, miomatosis uterina, pólipo endometrial, hiperplasia endometrial, cáncer de cervix, cáncer de endometrio, y otros. El estudio es muy importante porque permitirá evaluar si la conducta terapéutica basada en el diagnóstico clínico presuntivo es adecuada o no; ya que a la fecha no se cuenta en el servicio de ginecología con una guía o protocolo de manejo específico de la hemorragia uterina anormal en la postmenopausia. Además, no se cuenta con estadísticas propias del servicio ni de entidades patológicas. Este estudio determinará las patologías más frecuentes y patologías médicas asociadas.

A.1 Antecedentes del problema:

A nivel nacional solo se cuenta con un estudio realizado en el hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen donde se determinó los hallazgos histopatológicos mas frecuentes en pacientes con sangrado posmenopáusico, sin terapia de remplazo hormonal que acudieron al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los años 2000 y 2002, siendo como sigue: hiperplasia endometrial sin atipia, seguido por endometrio atrófico, hiperplasia endometrial con atipia y cáncer de endometrio (8).

Un estudio realizado el año 2004 en Nicaragua que lleva como título “Relación entre el manejo clínico y resultados histopatológicos en pacientes con sangrado uterino perimenopáusico que asistieron al HBCR en el período comprendido 1º enero al 30 noviembre 2004”, se encontró que los pólipos endometriales predominaron en los hallazgos histopatológicos, en segundo lugar la reacción pseudodecidual del estroma y la hiperplasia endometrial fue el tercer lugar, de estas la simple sin atipia fue la más frecuente. Los reportes descritos no tuvieron relación con la edad de las pacientes. Además más de un tercio de las pacientes tenían patología médica asociada, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (9).

La hemorragia uterina postmenopáusica es un problema que se observa con bastante frecuencia en consultorio externo así como en los servicios de hospitalización de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no existiendo a la fecha un estudio de esta entidad nosológica y tampoco una estadística clara y fidedigna de este problema. Se realizó la búsqueda de trabajos de investigación realizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no encontrándose trabajo alguno acerca de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009?

C. JUSTIFICACIÓN

C.1 Justificación e importancia del estudio

- **Justificación legal:** el estudio de tipo correlación, descriptivo, retrospectivo, donde los datos a recolectar están enmarcados dentro de las guías del Hospital.
- **Justificación teórico científico:** La relevancia e importancia del estudio se fundamenta en la necesidad de conocer el grado de concordancia del diagnóstico clínico y los hallazgos por estudio anatomopatológico, además de conocer la frecuencia de la enfermedad, las causas más frecuentes, y datos epidemiológicos relacionados con la enfermedad además de poder contribuir con los hallazgos para la realización de una guía de manejo de esta entidad nosológica muy común en los servicios de Ginecología. Además el estudio dará a conocer los diagnósticos definitivos

histopatológicos más frecuentes, ya que no hay estudios nacionales sobre este tema en los últimos 20 años.

- **Justificación práctica:** La investigación es factible técnica, económica y administrativamente. Técnica porque el hospital cuenta con el servicio de Ginecología con una mística de trabajo en base a las guías de manejo aprobadas y actualizadas, además de contar con médicos Residentes y Asistentes en Ginecología y Obstetricia, que cuentan con la formación, acreditación y experiencia en la práctica clínica. Económica, porque será autofinanciada por el tesista y administrativa, porque se cuenta con la opinión favorable de la Jefatura del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

C.2 Viabilidad del estudio

El estudio es viable, ya que toda paciente hospitalizada con diagnóstico de Hemorragia uterina postmenopáusica en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza cuenta con la evaluación clínica, de laboratorio y de imágenes en consultorio externo de Ginecología, pasando posteriormente al servicio de Ginecología para su hospitalización con un diagnóstico clínico presuntivo para su posterior reevaluación y determinándose la conducta a seguir para brindar el tratamiento respectivo de acuerdo al diagnóstico establecido y contando además con estudio anatomopatológico previo al tratamiento definitivo o posterior a ello en caso de existir pieza quirúrgica.

Adicionalmente, los resultados que se obtengan servirán de base para futuros trabajos de investigación.

D. OBJETIVOS

Generales:

1. Determinar el grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.

Específicos:

1. Describir las características clínico y demográficas de pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.
2. Determinar el diagnóstico clínico más frecuente con el cual ingresan las pacientes que presentan hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.
3. Determinar el diagnóstico anatomopatológico más frecuente de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.
4. Determinar las enfermedades médicas asociadas de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.
5. Determinar los factores clínicos y epidemiológicos mas frecuentes en mujeres con cáncer uterino en la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.
6. Describir la conducta terapéutica recibida por las pacientes con hemorragia

uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2009.

E. PROPÓSITO

El propósito del presente proyecto es determinar el grado de correlación que existe entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico definitivo mediante estudio anatomopatológico, además de otros objetivos secundarios ya señalados que guardan relación con la entidad nosológica a estudiada. El grado de correlación nos determinará si la conducta tomada fue acorde con el diagnóstico definitivo.

F. MARCO TEÓRICO:

Hemorragia uterina anormal

El término de Hemorragia Uterina Anormal (HUA) es con frecuencia confuso y complejo. Conceptualmente abarca todos los sangrados uterinos que no siguen un patrón menstrual típico, sin especificar la etiología. Hablaremos de Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) como las pérdidas hemáticas de origen intrauterino que no están relacionadas con la existencia de una patología orgánica uterina o embarazo (10).

La hemorragia uterina anormal postmenopáusica se define como aquel sangrado que se produce en una mujer menopáusica, después de un año del cese de los ciclos menstruales. (11).

Puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en los extremos de la vida reproductiva. La perimenopausia es un período en el que la HUD tiene una relevancia especial, ya que la presencia de un sangrado de etiología desconocida debe alertar, en primer lugar, de la presencia de un proceso neoplásico (todos los cánceres ginecológicos pueden causar una

hemorragia uterina anormal, incluso los tumores epiteliales del ovario pueden producir estrógenos). (10)(11).

La causa mas grave de sangrado uterino anormal en mujeres posmenopáusicas es el carcinoma endometrial. Sin embargo la más común en este grupo de edad es la atrofia del endometrio o de la mucosa vaginal por disfunción ovárica y en menor frecuencia el cáncer cervical, cervicitis, fibromas submucosos, hiperplasia y pólipos endometriales. (12)(13)(14).

Diagnóstico

Como en toda patología el primer paso para diagnosticar la causa del sangrado uterino anormal és la historia clínica, examen físico completo y estudios básicos de laboratorio.

La dilatación y el legrado ya no son importantes para una evaluación inicial y el tratamiento del sangrado anormal. La biopsia de endometrio en el consultorio es precisa en un 90 a 95 % para detectar el cáncer del endometrio pero falla hasta en un 30 % de los casos de sangrados benignos. El ultrasonido transvaginal, particularmente con adición de una solución salina, ha mejorado dramáticamente la capacidad para diagnosticar hiperplasia del endometrio e identifica antes de una operación los pólipos y miomas submucosos. (12).

La histeroscopia en consultorio, aunque más invasiva, ofrece el beneficio adicional de permitir extraer muestras bajo visión directa. Estas técnicas de diagnóstico facilitan un tratamiento ambulatorio apropiado de las pacientes en casos como ablación endométrica o resección de un pólipo o un mioma. (12).

El uso del ultrasonido transvaginal ayuda para la evaluación de las hemorragias uterinas durante la postmenopausia ya que existen criterios definidos en la medición del grosor endometrial. Un grosor endometrial > a 4 mm es sospechoso de patología uterina (pólipos, miomas submucosos, hiperplasia endometrial, etc). (12).

En la actualidad, la sonohisterografía aumenta la sensibilidad del ultrasonido transvaginal permitiendo un estudio de la cavidad uterina de forma fácil, rápida y barata, con una magnífica tolerancia por la paciente y sin prácticamente complicaciones. Este estudio consiste en administrar de 5 a 15 ml de solución fisiológica dentro de la cavidad endometrial a través de un catéter o sonda foley pediátrica N° 8 con balón inflado, durante la ecografía transvaginal, se evalúa la cavidad endometrial logrando identificar lesiones focales.(12)(13).

La práctica de un legrado diagnóstico / terapéutico puede ser necesario en el diagnóstico diferencial, sin embargo, en la actualidad su valor predictivo, frente a otras técnicas diagnósticas, como la histeroscopia, esta en discusión. (12)

El raspado uterino convencional carece de efectos terapéuticos a corto plazo por la alta recurrencia de menorragia en ausencia de terapia adicional, esto es debido a que mas del 50% de la superficie endometrial queda intacta aun en manos experimentadas y por lo tanto no es evaluada histopatológicamente, haciendo que su sensibilidad para el diagnóstico de patología endometrial focal también sea baja, ya que se realiza sin visualización directa. (12)(13)

La histerosalpingografía es un método bien conocido para el estudio de la patología uterina. Sin embargo, no esta exento de efectos indeseables y su valor como método diagnostico es, en la actualidad, controvertido. (13).

Si bien es cierto que en algunas situaciones es posible hacer un diagnóstico presuntivo basado en la presentación clínica de la enfermedad. El diagnóstico definitivo se basa en la histopatología (13).

Correlación clínico - patológica

En realidad, la función más importante del estudio anatomopatológico es la confirmación histológica de la patología, con este resultado se puede realizar correlación clínico-patológica, para evaluar su concordancia y estudiar, con fines científicos, asistenciales y docentes, los resultados y las variaciones encontradas.

Del análisis de algunas de las distintas series que se han publicado en los últimos años (tabla I) (14)(15)(16), se observa que los diagnósticos clínicos erróneos oscilan alrededor del 40% o mayor (17)(18). En ellos se advierten grandes diferencias, probablemente debidas a la metodología utilizada y al personal que ha hecho el estudio. Así, en algunos casos, como en otros estudios, solamente se han valorado las discordancias en los diagnósticos principales, y en otras series se han correlacionado todos los diagnósticos. En muchas ocasiones los estudios son efectuados a partir de resúmenes de las historias clínicas o, incluso, de los mismos certificados de defunción. Igualmente, las diferencias pueden radicar en el grupo de pacientes estudiados, que pertenezcan a áreas concretas, como Cuidados Intensivos o Unidad de Quemados, o sean generales, de áreas médicas o quirúrgicas. Parte de las diferencias también se señalan que son debidas a los miembros del equipo que han efectuado el trabajo, que, en ocasiones, pertenecen al mismo Servicio clínico o especialidad, o, en otros casos, como indica la bibliografía, es interdisciplinario y representativo de todas las áreas médicas, ya que son los componentes de la Comisión de Mortalidad de sus hospitales.

Tabla I. Comparación entre algunas publicaciones de series de autopsias clínicas

Autor	Año Publicación	Nº Casos	% Autopsias	% Error	% Error Grave	País
Friederici y cols (33)	1984	2537	—	64	10	USA
Kircher y cols (61)	1985	272	14	29	8	USA
Madero y cols (9)	1986	334	—	38,4	17,4	España
Bombí y cols (10)	1987	4222	24	38	14	España
Battle y cols (60)	1987	2067	29,6	57,8-67,4	33,8	USA
Fernández y cols (11)	1988	100 (UCI)	—	21	7	España
Landefeld y cols (62)	1988	175	37	23	11	USA
		58	26	33	12	
Middleton y cols (63)	1989	142	36	56	32	USA
Harris y cols (59)	1991	63	13	19	13	Inglaterra
Barendregt y cols (64)	1992	312 (Cirugía)	—	—	11	Holanda
Sarode y cols (70)	1992	1000	23	52	31,7	India
McKelvie (66)	1993	132	24,2	25	12	Australia
Pujol y cols (12)	1994	91 (Med Int)	8,7	28,6	16,5	España
Szende y cols (72)	1994	1000	—	—	18,8	Hungría
De Pangher y cols (68)	1995	457 (neoplasias)	40,2	52	42	Italia
Oncins-Torres y cols (13)	1995	25	7,2	—	13	España
Kirch y cols (19)	1996	100 (1959)	88	31	7	Alemania
		100 (1969)	82	41	12	
		100 (1979)	58	31	12	
		100 (1989)	36	41	11	
Burton y cols (65)	1998	250 (neoplasias)	24	44	41,2	USA
Diz-Lois y cols (15)	1999	200	8	21,5	7,5	España
Balaguer y cols (14)	1998	61 (UCI)	40	44,2	26,2	España
Nichols y cols (67)	1998	176	19	44,9	—	USA
Sangani y cols (69)	1999	45	14,2	35,6	20	USA
Fish y cols (24)	2000	94 (quemados)	93,6	19,2	4,5	Canadá
Roosen y cols (25)	2000	100 (UCI)	93	26	16	Bélgica
Sonderegger y cols (20)	2000	100 (1972)	94,0	53	30	Suiza
		100 (1982)	89,2	—	18	
		100 (1992)	89,2	60	14	
Sehdev y cols (71)	2001	494	—	41	9,9	USA
Tai y cols (26)	2001	91 (UCI)	22,7	19,8	8,7	USA
Twigg y cols (27)	2001	102 (UCI)	40,5	23,7	4,1	Inglaterra
Vincent y cols (73)	2001	2479	—	—	40	USA
Vadillo (17)	2002	266	8,9	37,9	24,6	España
Bombí y cols (18)	2003	2495	9,1	7,33	3,51	España
Shojania y cols (30)	2003	Revisión bibliográfica De MEDLINE	—	23,5	9	USA

Friederichi y Sebastian (19) señalan que, en el diagnóstico clínico, hay más del 64% de errores de distinta importancia, muchos de los cuales pueden ser de interés solamente científico o anecdótico, sin trascendencia clínica. Zarbo y cols. (20), en una revisión de control de calidad del *College of American Pathologists* que efectuó en 2.479 autopsias de 248 hospitales, encontró, en el 39,7% de casos, hallazgos no diagnosticados clínicamente que, en ocasiones, fueron importantes para la muerte del paciente, con diferencias entre las distintas instituciones. Es importante señalar que las diferencias numéricas, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, no han variado

con el tiempo, como han demostrado varios autores en estudios que contemplan distintos períodos (21)(22).

Recientemente se ha publicado un interesante artículo (23) basado en la revisión bibliográfica de todas las series de autopsias clínicas en MEDLINE desde 1966 al 2002, y que, a opinión de sus autores, consideran incompleta, ya que refiere solo 53 series. También señala las diferencias de valoración de las concordancias, y de promedio encuentra una discordancia del 23,5% para los errores graves y del 9% para los de clase I. Estima como probables cifras actuales de error en Estados Unidos de América, entre el 8,4 y el 24,4% para los errores graves y entre el 4,1 y el 6,7% para los de clase I.

TRATAMIENTO

Histerectomía es indicada en aquellas pacientes donde la terapia hormonal ha fallado o esté contraindicado su uso, particularmente en mujeres posmenopáusicas y perimenopáusicas cuyo estudio histológico demuestra que existe una hiperplasia activa del endometrio o exista alteración orgánica o esté asociado a patologías de los anexos.(24)(25).

La ablación endometrial por vía histeroscópica, es una alternativa en pacientes donde la cirugía esta contraindicada. Ésta se puede hacer con láser, con reseptoscopio de asa, electrodo de bola o con el uso de la radiofrecuencia. El éxito reportado en pacientes con menorragia es cercano al 90%; únicamente en el 50% de los casos se produce la amenorrea. El resultado es mejor cuando se ha suprimido previamente el endometrio por 4 a 6 semanas con dosis altas de progestágenos, agonistas de la GnRH o danazol. (24)(25).

G. HIPÓTESIS

Ho: No existe correlación aceptable entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico anatomopatológico.

H1: Existe correlación aceptable entre el diagnóstico clínico presuntivo y el diagnóstico anatomopatológico.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

Correlacional, observacional.

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, retrospectivo.

C. SEDE DE ESTUDIO

El presente Proyecto de Investigación se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, para lo cual se contó con la aprobación de la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia, no teniendo inconveniente con la ejecución debido al tipo y diseño de la investigación.

D. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

D.1 Muestra

De 207 Pacientes Hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza con diagnóstico de Hemorragia Uterina Anormal postmenopáusica, quienes dentro del proceso diagnóstico – terapéutico contaron con el diagnóstico clínico y estudio histopatológico obtenido mediante biopsia endometrial por curetaje, legrado o estudio de pieza quirúrgica, 122 fueron seleccionadas, por que cumplieron con los criterios de inclusión, en el período comprendido del 1º de enero a 31 diciembre 2009.

D.2 Unidad de análisis

Pacientes con Hemorragia Uterina Anormal postmenopáusica.

D.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes con sangrado vía vaginal que ocurre después de 12 meses de ocurrida la menopausia.
- Ausencia de terapia hormonal de reemplazo por al menos seis meses.
- Resultado anatomopatológico ya sea por biopsia con cureta, legrado uterino o estudio de pieza quirúrgica.

D.4 Criterios de exclusión

- Historias clínicas no accesibles o incompletas.
- Pacientes que no cumplen con los criterios señalados anteriormente.
- Resultado anatomopatológico ya sea por biopsia con cureta, legrado uterino o estudio de pieza quirúrgica que indique muestra insuficiente.

E. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	VALORES FINALES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PROCEDIMIENTO
Edad	Etapa cronológica en la vida de la mujer	Cuantitativa	Razón	Años	Media	Años	Ficha de recolección de datos (ver anexo)
Grado de instrucción	Nivel de instrucción académica alcanzado	Cualitativa	Nominal	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Superior	Frecuencia porcentaje	-Analfabeta: 0 -Primaria : 1 -Secundaria: 2 -Superior: 3	Ficha de recolección de datos (ver anexo)
Procedencia	Origen geográfico de las personas estudiadas	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural	Frecuencia Porcentaje	Urbano: 0 Rural: 1	Ficha de recolección de datos
Enfermedad médica	Enfermedad que padeció o concomita con patología fondo / hábitos	Cualitativa	Nominal	Ninguno HTA Diabetes Tabaquismo Otros	Frecuencia a Porcentaje	Ninguno: 0 HTA: 1 Diabetes: 2 Tabaquismo: 3 Otros: 4	Ficha de recolección de datos (ver anexo)

Diagnostico clínico presuntivo	Comprende el diagnostico mediante evaluación clínica, de imágenes y de laboratorio	Cualitativa	Nominal	-atrofia endometrial -miomatosis uterina -pólipo endometrial -hiperplasia simple de endometrio -NM endometrial -NM de cervix -otros	Frecuenc ia Porcentaj e	-atrofia endometrial:0 -miomatosis uterina: 1 -pólipo endometrial:2 -hiperplasia simple de endometrio:3 -NM endometrial:4 -NM de cervix:5 -otros:6	Ficha de recolección de datos (ver anexo)
--------------------------------------	--	-------------	---------	---	----------------------------------	---	--

Diagnóstico anatomopatológico.	Resultado histológico	Cualitativa	Nominal	-Endometrio atrófico -leiomioma uterino -Pólipo endometrial -Endometrio proliferativo -Hiperplasia endometrial -Leiomioma + pólipo endometrial -NM de endometrio -NM de cervix -otros	Frecuencia Porcentaje	-Endometrio atrófico:0 -leiomioma uterino: 1 -Pólipo endometrial:2 -Endometrio proliferativo: 3 -Hiperplasia endometrial: 4 -Leiomioma + pólipo endometrial:5 -NM endometrial:6 -NM de cervix: 7	Ficha de recolección de datos (ver anexo)
--------------------------------	-----------------------	-------------	---------	---	--------------------------	---	---

F. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

F.1 Técnica y método de trabajo

Para fines del estudio se utilizó para la recolección de datos básicamente los siguientes instrumentos: Las notas de Ingreso al servicio de Hospitalización de Ginecología – Pabellón 5 (las cuales contemplan las variables de estudio), y los Informes Anatomopatológicos de las muestras de endometrio tomadas bien en consultorio externo u hospitalización.

Una vez obtenidos los datos, se procedió al análisis en el programa estadístico SPSS Versión 18.

F. 2 Instrumentos de recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos se hizo con los formatos de Notas de Ingreso los cuales contemplaron todas las variables a evaluar mediante la revisión exhaustiva de las historias clínicas de las pacientes en estudio. El análisis estadístico se realizó con el Programa SPSS versión 18.

G. PLAN DE RECOLECCION PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

G.1 Técnicas o estrategias para la realización del trabajo. Procesamiento y pruebas de análisis estadísticas

- Capacitación previa para realizar el llenado de la ficha de recolección de datos mediante la revisión exhaustiva de las historias clínicas.
- El propio investigador se encargó de recolectar los resultados histopatológicos de las Biopsias endometriales realizadas en el Servicio de Patología.

H. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación, se ordenaron y procesaron en una computadora personal, valiéndonos del programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) para Windows versión 18. Se realizó un análisis descriptivo basado en medidas de frecuencias y porcentajes, así mismo se estableció la correlación entre el diagnóstico clínico y los hallazgos anatomopatológicos a través de un coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró un nivel de significancia de 95%, con α : 0.05.

I. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos serán confidenciales. Para esto, las fichas y los resultados anatomopatológicos serán guardadas solo por el investigador principal.

No se trabajará directamente con sujetos humanos para la realización del estudio, por lo que no se considerará el uso del consentimiento informado; sin embargo, se hará uso de la información retrospectiva de historias clínicas, todo ello bajo coordinación con la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática así como la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, garantizando la confidencialidad de los datos y registros.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

De la revisión de las historias clínicas e informes anatomopatológicos correspondientes, se detectaron y estudiaron 122 pacientes que presentaron hemorragia uterina anormal postmenopáusicas en el periodo, 1 de enero al 31 de diciembre del 2009. La edad promedio 54,5 +/-6,6 años, con rango de edad de 44-73 años. Con respecto al nivel de instrucción el 47,5% (n=58) presentó instrucción secundaria, 30,3% (n=30) primaria, 13,9% (n=17) superior (universitario), y 8,2% (n=10) analfabeta. Según el lugar de procedencia de los pacientes su distribución fue de la forma siguiente 91%(n=111) urbano y 9% (n=11) rural (tabla 1).

Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) se encontró un promedio de 28 kg/m², siendo el mínimo 18,2 kg/m² y el máximo de 51,8 kg/m². Se encontró que 0,8% tuvieron bajo peso (<18,5 imc; n=1), 22,1% tuvieron peso normal (18,5-24,9 imc ; n=27) , 52,5% presentaron sobrepeso (25-29,9 imc ; n=64); y 24,6% eran obesas (>30 imc; n= 30) de acuerdo a los criterios aceptados por la OMS (26) (tabla 1).

El estudio descriptivo muestra que 84,4%(n=103) de las pacientes con hemorragia uterina anormal posmenopáusicas son multíparas y 13,9 %(n=17) para las primíparas. Respecto a la estratificación clínica de los pacientes se evidenció que el síntoma aislado de sangrado vaginal representó 73,8%(n=90) y su asociación con dolor pélvico se presentó en 26,2% (n=32). (Tabla 2).

El 27%(n=34) presentó enfermedad medica asociada, representando en ellos la hipertensión arterial 52,9%(n=18), Diabetes Mellitus 20,6%(n=7), asma 11,8%(n=4), Tuberculosis (TBC) 8,8%(n=3), y 2,9%(n=1) para Artritis reumatoide e infección del tracto urinario (ITU) (Grafico 1).

El 46,7%(n=57) tuvo como diagnóstico clínico presuntivo de miomatosis uterina, el 30,3%(n=37) pólipo endometrial, el 13,9%(n=17) hiperplasia endometrial, el 4,9%(n=6) atrofia endometrial, el 1,6%(n=2) miomatosis y pólipo

endometrial, el 1,6%(n=2) cáncer de endometrio y el 0,8%(n=1) cáncer de cervix (grafico 2).

El 30,3%(n=37) tuvo como diagnóstico anatomopatológico de pólipo endometrial, el 27,8%(n=34) miomatosis uterina, el 13,9%(n=17) hiperplasia endometrial sin atipia, el 12,2%(n=15) endometrio atrófico, el 8,1%(n=10) miomatosis uterina asociado a pólipo endometrial, el 3,2%(n=4) cáncer de endometrio, 2,4%(n=3) cáncer de cervix, y el 1,6%(n=2) endometrio proliferativo (grafico 3)

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico, pruebas χ^2 de Kramer (valor: 0.45, p: 0.009) y coeficiente de contingencia (valor: 0.74; p: 0.009). Se determinó la correlación positiva entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico, correlación de Spearman (valor: 0.29; p: 0.001) (tabla 4).

Se buscó la asociación de la conducta terapéutica con el diagnóstico clínico y anatomopatológico encontrándose que no existe asociación estadística entre la histerectomía abdominal y/o vaginal con respecto al diagnóstico de cáncer uterino tanto clínico y anatomopatológico (p: 0,36 y p: 0,66 respectivamente) (tabla 5).

Se determinó que la histerectomía abdominal total representó el 43.4%(n=53), siendo la conducta terapéutica de mayor frecuencia y la biopsia endometrial presento 3.2%(n=4).(grafico 4)

El estudio descriptivo de las características epidemiológicas de las 07 pacientes con neoplasia uterina, respecto al estado civil el 57,1% (n=4) fue casada, el 28,6% (n=2) viuda y el 14,3% (n=1) conviviente. Respecto a la enfermedad medica asociada el 42,9% (n=3) presentó hipertensión arterial (tabla 6)

El estudio descriptivo sobre características clínicas en Los 07 pacientes con neoplasia uterina, tuvieron como edad promedio 59 +/- 7 años, con rango de

edad de 46-68 años y un promedio del IMC 31,7 Kg./m² con rango de 26-42,2 kg/m². (Tabla 7).

Se realizó la determinación de normalidad con la prueba de Kolmogorov Smirnov, y se buscó asociación entre la edad de las pacientes con neoplasia uterina y la edad de las pacientes sin neoplasia uterina, prueba T students (valor: 0.43; p: 0.005). Se determinó la no diferencia significativa entre los grupos. De igual modo se buscó asociación entre el IMC de las pacientes con neoplasia uterina y las pacientes sin neoplasia uterina, prueba T students (valor: 0.08; p: 0.005), se determinó la no diferencia significativa entre los grupos.

Por motivo de ser pocos los casos de neoplasias uterinas no se evidencia asociación estadística con hipertensión arterial o el estado civil.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La hemorragia uterina anormal puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en los extremos de la vida reproductiva. Este estudio se diseñó para comparar el diagnóstico clínico presuntivo con los hallazgos anatomopatológicos de las muestras obtenidas mediante dilatación, curetaje, histeroscopia y estudio de pieza quirúrgica.

En nuestro estudio la edad promedio de las mujeres con hemorragia uterina anormal postmenopáusica fue de 54,5 años, lo cual coincide con otros estudios donde indican que esta patología se presenta con mas frecuencia dentro de los 10 primeros años postmenopáusicos (10)(11).

Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), nuestro estudio encontró un promedio de 28 kg/m², y según la estratificación del IMC establecidos por L. A. J. Quetelet, observamos que nuestra población presentó mayor porcentaje de casos tanto en el rango de sobrepeso (52,5%) y obesidad (24,6%), así mismo en el grupo de las pacientes con neoplasia uterina tuvieron un IMC en el rango de obesidad, como según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente se considera al sobrepeso y la obesidad como problema de salud pública debido a las graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como: Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), la diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial, las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis, algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon. (27)

Los diferentes estudios de investigación mostraron asociación de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica a la hipertensión arterial.(9), así mismo nuestro estudio corrobora esta información presentando 52.8% de casos con Hipertensión arterial y hemorragia uterina anormal asociada en mujeres

postmenopáusicas, siendo estos datos referidos a la población con antecedentes médicos presentes.

El diagnóstico clínico presuntivo más frecuente fue la miomatosis uterina seguido del pólipo endometrial y la hiperplasia endometrial en cercana relación a los diagnósticos anatomopatológicos, esto se podría explicar por que el muestreo endométrico es considerado piedra angular de los estudios diagnósticos para la hemorragia uterina anormal, teniendo una precisión de 90 a 95 % para detectar el cáncer del endometrio, pero falla hasta en un 30 % de los casos de sangrados benignos, por otro lado, el ultrasonido transvaginal, particularmente con adición de una solución salina, ha mejorado dramáticamente la capacidad para diagnosticar hiperplasia del endometrio e identifica antes de una operación los pólipos y miomas submucosos.(12).

Como diagnóstico anatomopatológico se observó que 30,3% presentó pólipo endometrial, 27,8% miomatosis uterina, 13,9% hiperplasia endometrial sin atipia, el 12,2% de endometrio atrófico, 8,1% miomatosis uterina asociado a pólipo endometrial, 3,2% cáncer de endometrio, 2,4% cáncer de cervix, y 1,6% endometrio proliferativo, así mismo estos datos se corroboran con la información científica siendo la causa mas frecuente el pólipo endometrial (9). Sin embargo el diagnostico de miomatosis uterina ocupa el segundo lugar de presentación , hecho que no es verificado de igual forma en otros estudios , motivo por el cual la miomatosis toma un lugar preponderante en el estudio de esta patología y en los estudios venideros.

En las pacientes postmenopáusicas con hemorragia uterina anormal, la atrofia endometrial o de la mucosa vaginal por disfunción ovárica deberían presentarse en mayor porcentaje .(12)(13)(14), hecho que no se evidencia en el estudio , esto se explicaría porque el mayor número de pacientes postmenopáusicas que formaron parte del estudio tuvieron un tiempo de enfermedad y un período post menopáusico corto, este hecho se discute con referencia a las estudios previos por presentar en ellos un tiempo post menopáusico mayor a 5 años.

En general los pólipos se pueden considerar como hallazgos benignos ya que la posibilidad de que sean malignos es menor del 1%; hecho contrastado en este estudio según el número de casos anatomopatológicos con resultado sin atipia celular.

Distintas series que se han publicado en los últimos años (14) (15)(16), indican que los diagnósticos clínicos erróneos oscilan alrededor del 40% o más (17)(18). Friederichi y Sebastian (19) señalan que, en el diagnóstico clínico, hay más del 64% de errores de distinta importancia, muchos de los cuales pueden ser de interés solamente científico o anecdótico, sin trascendencia clínica. Un artículo basado en la revisión bibliográfica de todas las series de autopsias clínicas en MEDLINE desde 1966 al 2002, y que, a opinión de sus autores, consideran incompleta. También señala las diferencias de valoración de las concordancias, y de promedio encuentra una discordancia del 23,5% para los errores graves y del 9% para los de clase I y estima como probables cifras actuales de error en Estados Unidos de América, entre el 8,4 y el 24,4% para los errores graves y entre el 4,1 y el 6,7% para los de clase I. en este estudio todos los errores descritos se consideraron para determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico, obteniéndose una correlación positiva estadísticamente significativa $p < 0.001$ determinándose así que existe una correspondencia clara y científicamente verificable concordante con el objetivo del estudio.

En nuestro estudio la histerectomía tanto abdominal y vaginal ha sido la conducta terapéutica mas frecuente, esto se explicaría debido a que la bibliografía establece que ésta se indicada en aquellas pacientes donde la terapia hormonal ha fallado o este contraindicado su uso, particularmente en mujeres postmenopáusicas y perimenopáusicas cuyo estudio histológico evidencia que existe una hiperplasia activa del endometrio o exista alteración orgánica o esté asociado a patologías de los anexos.(24)(25).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La edad más frecuente de las pacientes postmenopáusicas fue de 54,5 años, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria completa y el lugar de procedencia urbano.
- El 84,4% fueron multíparas.
- La enfermedad médica asociada más frecuente fue la hipertensión arterial y se presentó en el 52,9% de las pacientes estudiadas.
- El 77% de las pacientes estudiadas presentaron sobrepeso y obesidad.
- El diagnóstico clínico presuntivo más frecuente fue la miomatosis uterina.
- El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el pólipo endometrial sin atipia.
- Se encontró una correlación clínico-patológica positiva.
- La conducta terapéutica más frecuente fue la histerectomía abdominal total.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios con muestras más grandes para poder determinar claramente la incidencia de cáncer endometrial. Así también como la ampliación del estudio a nivel de Lima metropolitana a través de un estudio multicéntrico con el fin de determinar prevalencias e incidencias con los rangos mínimos de error.
- Se recomienda realizar en el futuro estudios que tengan carácter interdisciplinario donde se evalúe el estado nutricional, social y psicológico de las pacientes y relación con la hemorragia uterina anormal posmenopáusica y la presencia de alteraciones anatómicas uterinas y la miomatosis uterina. Estas investigaciones deberán realizarse a través de un estudio de cohorte prospectivo a largo plazo.
- Los estudios venideros deberían focalizar tanto las pacientes con diagnóstico de hemorragia uterina anormal postmenopáusicas versus la no menopáusica, para obtener datos mas acorde a la incidencia de las diferentes enfermedades asociadas a la hemorragia uterina anormal, así mismo se debería considerar la variable terapéutica hormonal como eje de análisis en el estudio de esta enfermedad

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi, y Paula A. Hillard. Tratado de ginecología de Novak. 12th ed. McGraw-Hill Interamericana editores, 1997: 331-51; 1057-110.
2. Disaia, Creasman. Oncología ginecológica clínica. 5th edición. 1999: 107112
3. Bakour SH, Dwarakanath LS, Kahn KS, Newton JR. The diagnostic accuracy of ultrasound scan in predicting endometrial hyperplasia and cancer in postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 447-51.
4. O'Connor LP, Fries MH, Zeringue E, Brehm W. Triage of abnormal postmenopausal bleeding: a comparison of endometrial biopsy and transvaginal sonohysterography versus fractional curettage with hysteroscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 956-61.
5. Smith-Bindman R, Kerilowske K, Feldstein VA, Schedler J, Segal M, Brand R, Grady D. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *JAMA* 1998; 4: 1510-17
6. Pacheco Romero J. Ginecología y obstetricia. Primera edición, 1999; 672-682.
7. Ferroggiaro Fossa R. Cáncer de endometrio: estudio clínico-patológico en el Hospital Obrero. [Tesis Bachiller]. 1964.
8. Correlación del Grosor Endometrial por Ecografía Transvaginal, con el Diagnostico Histopatológico en mujeres con sangrado Postmenopáusico - Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Essalud. Prado del Carpio, Cesar Roberto; Torres Velarde, Leo Abad. Lima 2000 – 2002.
9. Guerreros Chavarria Y.E. Relación entre el manejo clínico y resultados histopatológicos en pacientes con sangrado uterino perimenopáusico que asistieron al HBCR en el periodo comprendido 1º enero al 30 noviembre 2004. [Tesis para optar grado de especialista en ginecología y obstetricia]. Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2004.

10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dysfunctional uterine bleeding. ACOG technical bulletin No. 134. Washington, DC: 1989.
11. Donald P Swartz y William J. Butler. Hemorragia uterina normal y anormal. En: Te Linde: Ginecología quirúrgica. Ed: Thomson/ Rock. Panamericana, 1993; 279-297.
12. JoAnn V. Pinkerton y Sue A. Woodson. Perimenopausia, período de transición. Septiembre 1999.
13. Goodman A Evaluation and management of genital tract bleeding in women. Jun 2001
14. Madero S, Martinez-Cabruja R. Correlación clínico-patológica en una serie de 334 autopsias clínicas. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 309-14.
15. Diz-Lois F, Pellicer C, Jimenez P, Arnal F. Estudio necrópsico y control de calidad. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 161-4.
16. Vadillo, M. Análisis de la discrepancia clínico-autópsica y de su utilidad como indicador de calidad asistencial en los servicios médicos generales de un hospital terciario universitario. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 2002.
17. Burton EC, Troxclair DA, Newman WP, III. Autopsy diagnoses of malignant neoplasms: how often are clinical diagnoses incorrect? JAMA 1998; 280: 1245-8.
18. Nichols L, Aronica P, Babe C. Are autopsies obsolete? Am J Clin Pathol 1998; 110: 210-8.
19. Friederici HH, Sebastian M. Autopsies in a modern teaching hospital. A review of 2,537 cases. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 518-21.
20. Zarbo RJ, Baker PB, Howanitz PJ. The autopsy as a performance measurement tool —diagnostic discrepancies and unresolved clinical questions: a College of American Pathologists Q— Probes study of 2479 autopsies from 248 institutions. Arch Pathol Lab Med 1999; 123: 191-8.
21. Kirch W, Schafii C. Misdiagnosis at a University Hospital in 4 Medical Eras: Report on 400 Cases. Medicine 1996; 75: 29-40.
22. Sonderegger-Iseli K, Burger S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. Lancet 2000; 355: 2027-31.

23. Shojania KG, Burton EC, McDonald MM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. A systematic review. JAMA 2003; 289: 2849-56.
24. Sánchez Borrego R. Perimenopausia. Manejo clínico y opciones terapéuticas. Revista iberoamericana de revisiones en menopausia 2001.
25. Rock J, Thompson J. Te LINDE Ginecología Quirúrgica 8va. Editorial Médica Panamericana S.A Buenos Aires – Argentina 1998: 519 – 523.
26. Anjos LA. [Body mass index (body mass/body height-2) as indicator of nutritional status in adults: review of the literature]. Rev Saude Publica. 1992 Dec;26(6):431-6. Review. Portuguese. PubMed PMID: 1342535.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311, 2006. (Fecha de acceso 8 de marzo 2010). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXOS

- Definición de términos.
- Instrumentos de recolección de datos

Definición de términos

- a) **Hemorragia Uterina Anormal Postmenopáusica:** Sangrado que se produce en una mujer menopáusica, después de un año del cese de los ciclos menstruales.
- b) **Endometrio Engrosado:** Se considera engrosado en la postmenopausia cuando se obtiene un grosor > 4 mm, sin terapia de sustitución hormonal y realizada por ecografía transvaginal.
- c) **Biopsia de endometrio:** Procedimiento en el que se toma una muestra de tejido del endometrio (revestimiento interno del útero) para examinarla bajo un microscopio. La toma se puede realizar mediante la cureta de Novak, legrado uterino o bajo visión directa mediante histeroscopia.
- d) **Estudio por Histopatología:** Análisis de tejidos, realizado al microscopio para establecer un diagnóstico definitivo de una enfermedad.
- e) **Edad:** Edad de la paciente en años completos al momento de la biopsia.
- f) **Menarquía:** Edad de la paciente en años cumplidos al momento de presentar su primera menstruación.

- g) **Fecha de Última menstruación (FUM):** Edad de la paciente en años cumplidos al momento del cese de sus menstruaciones.
- h) **Años de menopausia:** Período en años desde la fecha de la última menstruación hasta el momento de realizado la biopsia endometrial.
- i) **Paridad:** Número de hijos nacidos a término o pretérmino por parto vaginal o cesárea.
- j) **Diabetes:** Categórica, Nominal. Diabetes Mellitus con diagnóstico previo al momento de su hospitalización registrado dentro de antecedentes patológicos.
- k) **Hipertensión:** Categórica, Nominal. Hipertensión arterial con diagnóstico previo al momento de su hospitalización registrado dentro de antecedentes patológicos.
- l) **Diagnóstico clínico presuntivo:** Categórica, nominal. Comprende el diagnostico emitido mediante evaluación clínica, de imágenes y de laboratorio.
- m) **Diagnóstico Anatomopatológico:** Categórica, Nominal. Que comprende los diagnósticos como: muestra insuficiente, normal, atrofia, pólipo endometrial, hiperplasia sin atipia, hiperplasia con atipia, cáncer de endometrio, cérvix, etc. Obtenidas mediante biopsia de cérvix, endometrio, dilatación y curetaje, histeroscopia y estudio de pieza quirúrgica.
- n) **Grosor endometrial:** Medición de la doble capa del endometrio, en el plano longitudinal de una a otra interfase ecogénica- hipoecogénica, que

representa la unión entre el endometrio y la capa interna del miometrio. En la postmenopausia es normal < de 5 mm.

- o) **Hallazgo histopatológico:** Que comprende los diagnósticos como: muestra insuficiente, normal, atrofia, pólipo endometrial, hiperplasia sin atipia, hiperplasia con atipia y cáncer endometrial. Obtenidas mediante dilatación, curetaje, histeroscopia y estudio de pieza quirúrgica.

**REPRESENTACION ESQUEMATICA DE
LOS DATOS OBTENIDOS POR LA
EXPLORACION GINECOLOGICA.**

Pabellón:.....
Sala:.....
Cama:.....

HISTORIA CLINICA N°.....

FECHA:

.....**DOCTOR:**.....

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Edad:

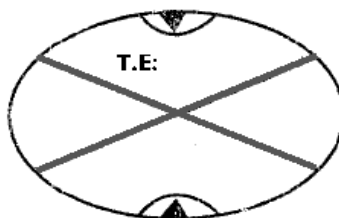
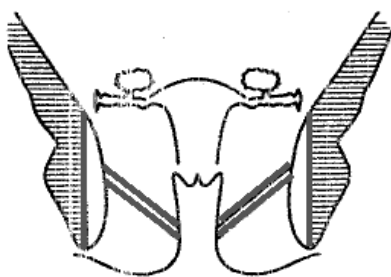
L.N:

G. Instrucción:

E. Civil:

L.P:

Ocupación:



Sx y Smas Principales:



Resumen:

Ecografía TV:

Endometrio:

Biopsia de Endometrio:

Antecedentes Médicos: Diabetes ()
Asma ()

HTA ()
RAM ()

Hepatitis () TBC ()
Otros:

Antecedentes Qx:

Antecedentes G.O:

Menarquía:

FUR:

FPUR:

R.C:

Menopausia:

1^{ra} RS:

U^{ma} RS:

N° de P.S:

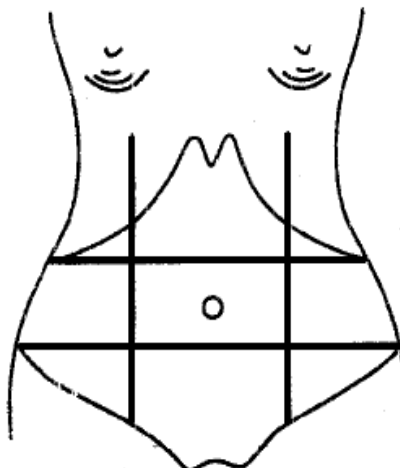
RSCM:

RSCN:

Dismenorrea:

Dispareunia:

Disquesia:



G P

RNV >W:

U.P:

T.P:

DIU:

DPC:

EPI:

ITU:

FV:

DV:

ACO:

TSH:

EXAMEN FISICO:

PA: FC: FR: T°: TALLA: PESO: IMC:

PIEL:

TCSC:

MAMAS:

A. RESPIRATORIO:

A. CARDIOVASCULAR:

ABDOMEN:

GU:

NEUROLOGICO:

EXAMEN GINECOLOGICO:

G.E:

ESPECULOSCOPIA:

- Vagina:
- Cérvix:

TACTO VAGINAL:

PV:

- Cérvix:
- Útero:
- Anexos:
 - ✓ Derecho:
 - ✓ Izquierdo:
- FSP (Douglas):

Imp. DX:

Plan:

Conducta:

MRS WPC

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1. Características clínico-demográficas de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

CARACTERISTICAS		PACIENTES N (%)
Media+/- DE Rango	EDAD	54.5+/-6.6 (44-73) ---
	IMC Índice de masa corporal	28,01+/- 4,7 (18,2-51.8) ---
IMC (Ind. Quetelet)	<18.5	1 (0,8)
	18,5 – 24,9	27 (22,1)
	25 – 29.9	64 (52,5)
	>=30	30(24,6)
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETA	10 (8.2)
	PRIMARIA	37 (30.3)
	SECUNDARIA	58 (47.5)
	UNIVERSITARIA	17 (13.9)
PROCEDENCIA	URBANO	111 (91)
	RURAL	11 (9)

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009

Tabla 2. Características ginecológicas de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

CARACTERISTICAS		PACIENTES N (%)
PARIDAD	NULIGESTA	2 (1.6)
	PRIMIPARA	17 (13.9)
	MULTIPARA	103 (84.4)
TIEMPO DE ENFERMEDAD EN AÑOS Media+/- DE (Rango)		2.3+/-1.4 (1-7)
SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES	SANGRADO VAGINAL	90 (73.8)
	SANGRADO VAGINAL Y DOLOR PELVICO	32 (26.2)

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009

Tabla 3. Descripción de antecedentes médicos en 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Hipertension arterial	18	52,9	52,9
Diabetes mellitus	7	20,6	73,5
Infeccion tracto urinario	1	2,9	76,5
Asma	4	11,8	88,2
Artritis reumatoide	1	2,9	91,2
Tuberculosis	3	8,8	100,0
Total	34	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009

Tabla 4. Correlación del diagnóstico clínico con el anatomopatológico de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

	PRUEBA ESTADÍSTICA	VALOR	<i>p</i> Sig. aproximada
ASOCIACIÓN	V de Kramer	0.45	0.009
	Coefficiente de contingencia	0.74	0.009
CORRELACION	Correlación de Spearman	0.29	0.001

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009

Tabla 5. Manejo terapéutico de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

MANEJO TERAPEUTICO	DIAGNÓSTICO CLINICO		EXACTA DE FISHER Sig. Asintótica (bilateral)	DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO		EXACTA DE FISHER Sig. Asintótica (bilateral)
	Neoplasia maligna	No neoplasia maligna		Neoplasia maligna	No neoplasia maligna	
Histerectomía abdominal y/o vaginal	2 (1.6)	103 (84.4)	0.36	6 (4.9)	99 (81.1)	0.66
Legrado uterino y/o histeroscopia y/o biopsia	1 (0.8)	16 (13.1)		1 (0.8)	16 (13.1)	

Tabla 6. Características epidemiológicas de pacientes con neoplasia uterina que presentaban hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

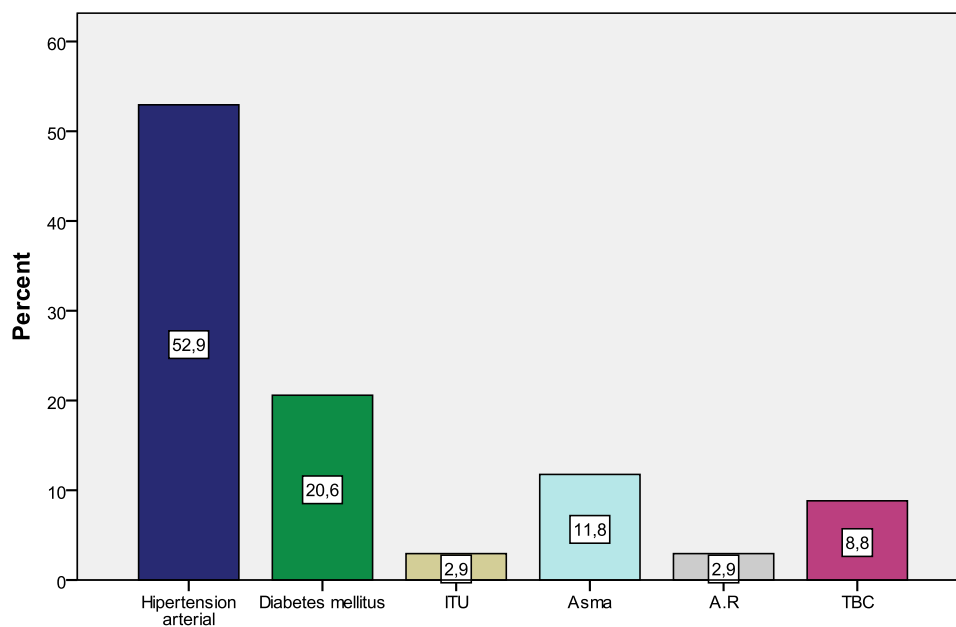
		Frecuencia	Porcentaje	porcentaje acumulado
Estado civil	casada	4	57,1	57,1
	viuda	2	28,6	85,7
	conviviente	1	14,3	100,0
	Total	7	100,0	
Antecedentes médicos	Ninguno	4	57,1	57,1
	Hipertensión arterial	3	42,9	100,0
	Total	7	100,0	

Tabla 7. Características clínicas en las pacientes con neoplasia uterina que presentaban hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.E
IMC	7	26	42,2	31,7	6
Edad	7	46	68	59	7

GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de los antecedentes médicos de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.



ITU: Infección del tracto urinario, A.R: Artritis reumatoide, TBC: tuberculosis

Gráfico 2. Diagnostico clínico de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

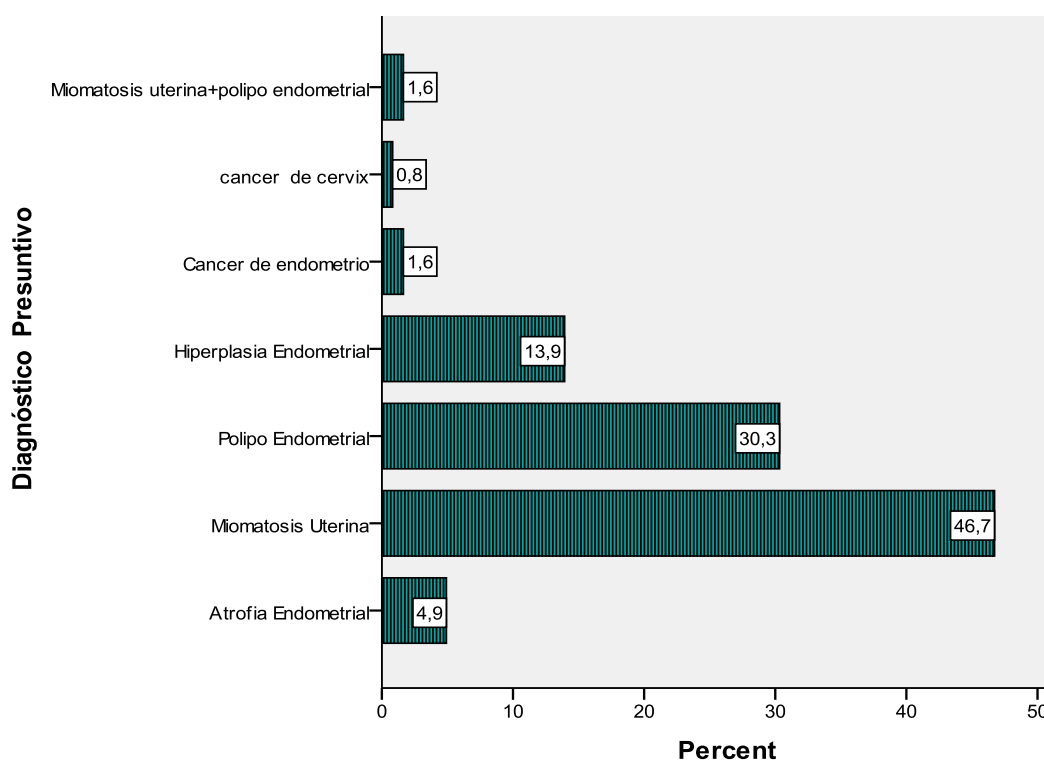


Gráfico 3. Diagnóstico anatomopatológico en 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

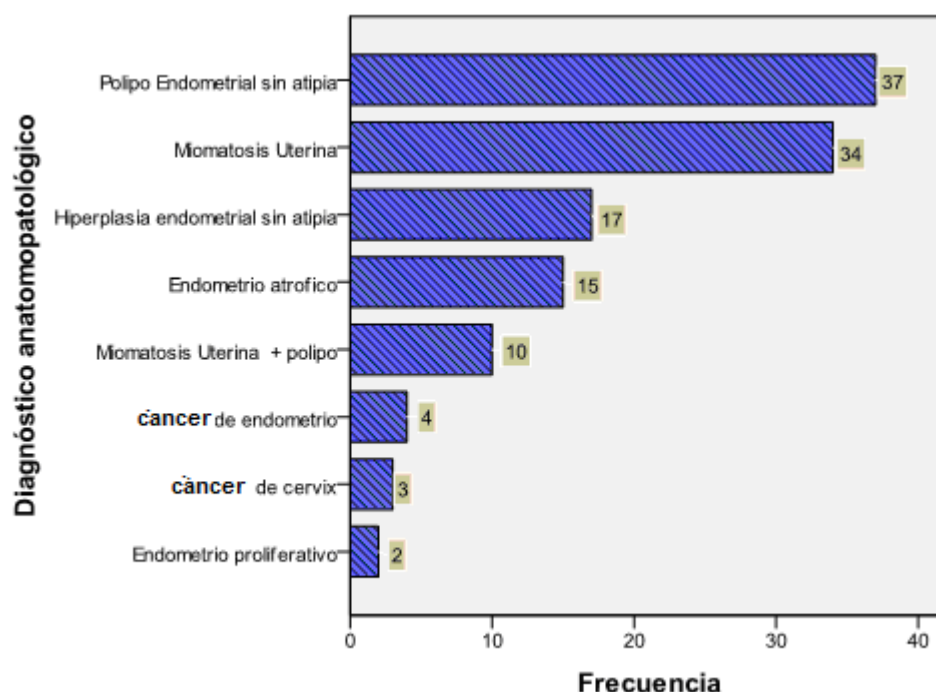
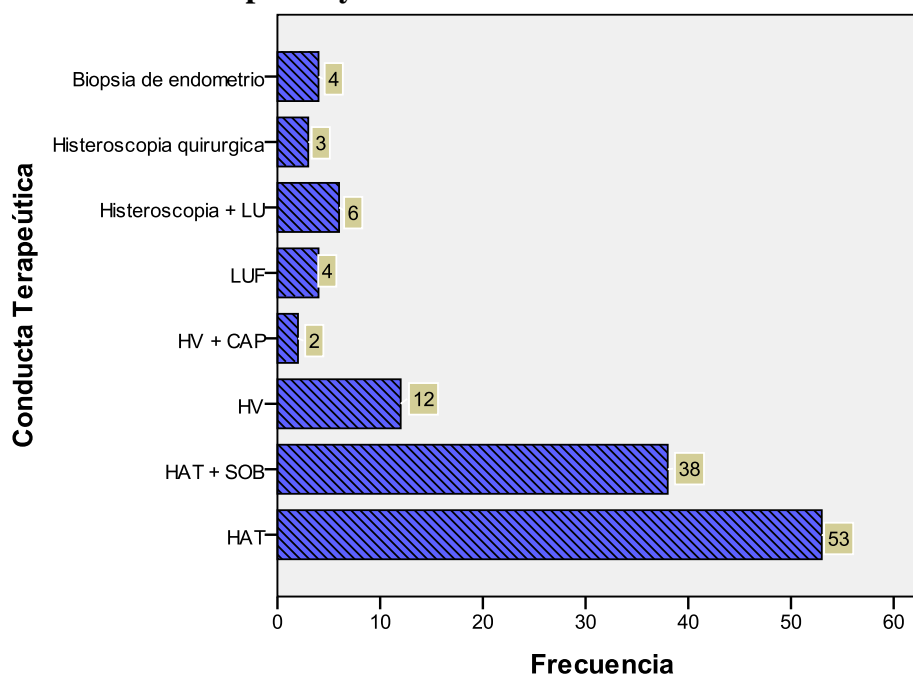


Gráfico 4. Conducta terapéutica en 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.



LU: Legrado Uterino, LUF: Legrado Uterino Fraccionado, HV: Histerectomía Vaginal, CAP: Colporrafia Antero Posterior, HAT: Histerectomía Abdominal Total, SOB: Salpingo Ooforectomía Bilateral.

Gráfico 5. Cajas para la media del Índice de masa corporal (IMC) de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

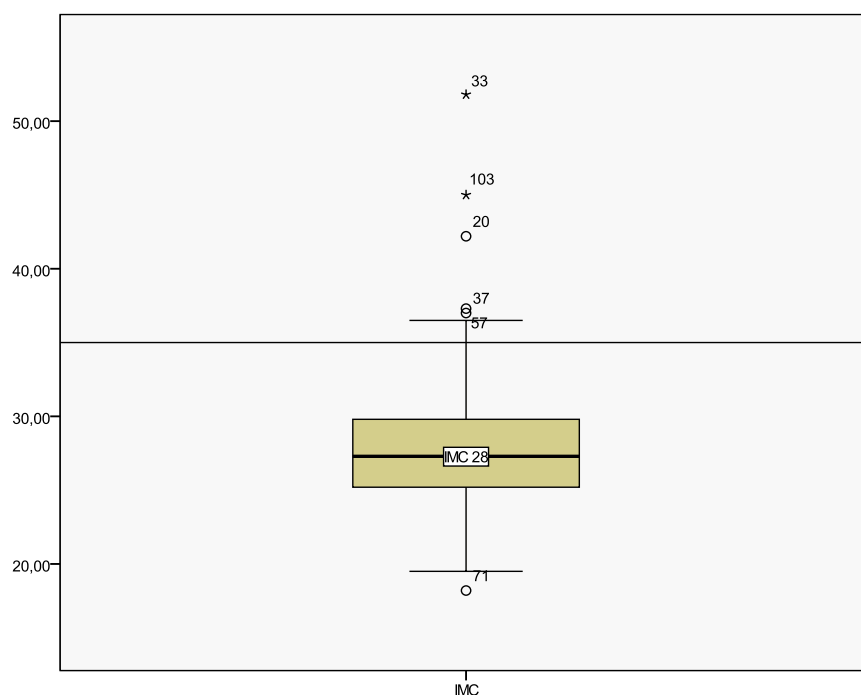


Gráfico 6. Distribución porcentual del IMC según el índice de Quetelet de 122 pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 enero-31 Diciembre 2009.

